

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913

THÈSE

347

POUR

le Doctorat en Médecine

Essai sur l'Etiologie
des
Sclérites et des Episclérites

PAR

ERNEST SOULIER

Licencié ès lettres

Président : M. de LAPERSONNE, *Professeur*

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE & SCIENTIFIQUE

Jules ROUSSET

1, rue Casimir-Delavigne, et rue Monsieur-le-Prince, 12

1913

146

347

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551423_0074

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913

N°

THÈSE

POUR

le Doctorat en Médecine

Essai sur l'Étiologie

des

Sclérites et des Épisclérites

PAR

ERNEST SOULIER

Licencié ès lettres



Président : M. de LAPERSONNE, *Professeur*

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE & SCIENTIFIQUE

Jules ROUSSET

1, rue Casimir-Delavigne, et rue Monsieur-le-Prince, 12

1913

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	{ WIDAL
	{ TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	{ DEBOVE
	{ LANDOUZY
	{ GILBERT
	{ CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	{ PIERREDELBET
	{ QUENU
	{ RECLUS
	{ SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	{ BAR
	{ PINARD
	{ RIBEMONT-DES-
	{ SAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agréés en exercice

MM.			
BALTHAZARD	DUVAL PIERRE	LEQUEUX	RATHERY
BERNARD	GOUGEROT	LÉRI	REITTERER
BRANCA	GRÉGOIRE	LÉPER	RICHAUD
BRINDEAU	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BROCA ANDRÉ	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIÈRE
BRUMPT	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CAMUS	JOUSSET ANDRÉ	MULON	SICARD
CARNOT	LABBÉ MARCEL	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
CLAUDE	LECENE	OMBREDANNE	
COUVELAIRE	LENORMANT	PROUST	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mon président de Thèse

M. LE PROFESSEUR DE LAPERSONNE

*Professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de Médecine
de Paris*

Chevalier de la Légion d'honneur

A LA MÉMOIRE DU PROFESSEUR DOR (DE LYON)

A M. LE DOCTEUR ROLLET

*Professeur de Clinique ophtalmologique de la Faculté de Médecine
à Lyon*

Chevalier de la Légion d'Honneur

A MES PARENTS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE LYON

CHAPITRE I

TABLEAU CLINIQUE DE LA SCLÉRITE & DE L'ÉPISCLÉRITE

On entend par épiscléríte l'inflammation de l'épisclère, tissu cellulaire compris entre la conjonctive et la sclérotique. Cette affection se localise sur le segment antérieur, entre l'équateur et le bord de la cornée. Son allure clinique est bien personnelle. C'est une inflammation circonscrite. Sur la sclérotique, un bouton se forme. Cette élévation, le plus souvent blanchâtre, fibreuse, est plus ou moins acuminée. Son volume varie de celui d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'une grosse lentille. La conjonctive même infiltrée reste mobile sur cette saillie qui est implantée sur la sclérotique. Sur cette nodosité dure, sensible au toucher parfois, on remarque un réseau de canalicules à teinte violette à cause de leur situation profonde. Ils sont surtout abondants à la base et rampent jusqu'à une certaine distance sur la sclérotique ! Jamais le bouton

n'empiète sur la cornée, l'élevure se termine à pic du côté cornéen, et s'abaisse en pente douce du côté équatorial. De préférence, cette formation siège à l'extrémité du diamètre transverse de la cornée. Mais il est deux caractères qui signent l'affection dont nous nous occupons.

Le premier est que ces papules ne s'ulcèrent pas. Leur disparition s'opère au bout d'un temps qui varie à quatre à huit semaines en moyenne par résorption. Parfois, elles ne laissent aucune trace; parfois, il persiste, come un stigmaté, une tache gris ardoisé, attestant que la sclérotique a été comme usée; à ce niveau, la conjonctive peut être plus adhérente qu'aux endroits sains.

Une autre propriété de l'épisclérite, c'est sa tendance aux récidives. Un bouton évolue, la résolution est encore lointaine et déjà en un autre point apparaît un deuxième bouton parfois suivi à très brève échéance d'un troisième. Il arrive ainsi que la cornée soit successivement occupée sur tous les points de la circonférence par une collerette de nodosités. La maladie évolue plus ou moins lentement, se jouant des multiples traitements qu'on épuise contre elle. Parfois, après une période silencieuse durant six mois, un an, il se produit un réveil inflammatoire, et l'œil est le théâtre de nouvelles évolutions boutonneuses. Très souvent, l'affection s'attaque aux deux yeux.

Les symptômes subjectifs sont très variables : tel malade ne se plaint que d'une gêne insignifiante due à la tuméfaction de sa sclérotique, tandis que tel autre

est en proie à de violentes douleurs orbitaires, à exacerbation nocturnes, qui prohibent tout sommeil.

Si l'on envisage simplement l'issue de la maladie, l'épisclérite est une affection bénigne puisque la vue est toujours respectée, mais elle peut devenir grave par sa durée, ses récidives, et les tourments qu'elle inflige à quelques malades.

A côté de cette forme, superficielle en quelque sorte, il y a place pour un envahissement plus profond du tissu sclérotical, pour une lésion qu'on nomme la sclérite. Se basant sur la nature fibreuse de ce tissu et sur sa pauvreté vasculaire, certains auteurs ont contesté son inflammation. Le doute cependant n'est plus permis depuis que l'anatomie pathologique a montré le réseau des fibres de la sclérotique, dissocié, infiltré par des unités cellulaires jeunes; parcourues par des vaisseaux friables. Il y a là tous les éléments de l'inflammation.

Comme symptômes, on observe du gonflement de la sclérotique, soit sous forme de bosselures isolées, soit, et c'est le cas le plus fréquent, sous forme d'une tuméfaction diffuse. La sclérotique, dans une assez grande étendue, parfois sur tout le pourtour de la cornée, montre une injection d'un rouge bleuâtre et est gonflée uniformément, sans saillies. Plus tard, la sclérotique pâlit, devient semblable à de la porcelaine fine. Comme dans l'épisclérite, cette nappe tuméfiée ne se ramollit pas; comme dans l'épisclérite, elle est sujette à des alternatives d'exacerbation et d'accalmie, mais sur ce fonds commun le trait distinctif de la sclérite

c'est sa tendance à l'envahissement des tissus profonds. Les tissus inflammatoires se résorbent mais laissent après eux une cicatrice sombre. A cet épaissement inflammatoire, succède un affaiblissement de la carapace scléroticale au point malade. Les tissus ne peuvent pas résister à la pression intra-oculaire. Leur distension amène ces extasies bleuâtres, ternies, qui prédominent aux points faibles, entre les insertions musculaires. Ces dilatations sclérales s'offrent sous deux formes : ou bien sous forme d'un simple agrandissement de la surface sclérale, ou bien sous forme de bosselures. Dans le premier cas, toute la zone sclérale, colorée en gris par l'inflammation et entourant la cornée, s'élargit de plus en plus. De cette manière, la cornée et les parties avoisinantes de la sclérotique sont refoulées en avant, de sorte que le globe oculaire s'allonge en forme de poire d'arrière en avant. Dans le second cas, au contraire, l'on voit survenir une ectasie circonscrite de l'endroit aminci s'élevant au-dessus du niveau de la sclérotique saine. Il se fait ainsi, tout autour de la cornée, une série de bosselures qui, en raison de leurs parois amincies, paraissent noirâtres. A cause de leur situation au niveau du corps ciliaire, on les a désignées sous le nom de staphylômes ciliaires.

Les complications du côté des autres parties de l'œil constituent également une propriété distinctive de la forme profonde de la sclérite. Elles concernent la cornée ainsi que l'uvée.

Du côté de la cornée, on observe des infiltrations

situées profondément, qui ne subissent pas la fonte purulente mais se résorbent, au contraire, tout en laissant après elles des opacités permanentes, (kératite sclérosante). Du côté de l'iris, nous trouvons les symptômes de l'iritis, particulièrement des synéchies postérieurs et même une séclusion de la pupille, mais jamais de l'hypopyon. Pour ce qui concerne la choroïde, l'inflammation en atteint surtout la partie antérieure et, par suite, des opacités qu'elle développe dans le corps vitré, elle altère la vision. Presque toutes les parties de l'œil souffrent donc dans la forme profonde la sclérite, aussi doit-elle être regardée comme infiniment plus dangereuse que la forme superficielle.

La sclérite profonde attaque presque toujours les deux yeux et traîne pendant des années puisque le traitement est impuissant à l'arrêter. Elle entraîne comme conséquences des opacités cornéennes épaisses, la séclusion de la pupille avec ses suites funestes, des opacités du corps vitré et du cristallin, de la myopie d'un degré très élevé par suite de l'allongement de l'axe de l'œil et finalement de l'hypertonie provoquée par l'ectasie de la sclérotique.

L'affection finit donc toujours par entraîner de graves lésions ou même quelquefois la perte complète de la vue. A l'encontre de ce qui se voit pour la forme superficielle, la forme profonde attaque surtout les individus jeunes (pas les enfants cependant). On la rencontre souvent en même temps que les signes de scrofuleuse, de tuberculose ou de syphilis héréditaire.

Chez la femme, où la sclérite profonde est plus fréquente que chez l'homme, se sont des troubles de la menstruation qui paraissent en être la cause.

On voit la haute gravité de ces processus, de scléro-choroïdite antérieure où tous les éléments de l'œil sont atteints, cornée, iris, cristallin, corps vitré. Cette participation de toutes les membranes a valu à la sclérite envahissante le nom de « segmentite antérieure » que lui a donné M. le professeur de Lapersonne.

CHAPITRE II

ÉPISCLÉRITE, SCLÉRITE & RHUMATISME

La majorité des sclérites et des épisclérites se rangeait parmi les manifestations de la diathèse rhumatismale. Cet étiquetage tranquillisait les chercheurs qui, à défaut de cause plus précise, trouvaient facilement quelque une des nombreuses affections rhumatoïdes, chez le malade atteint de sclérite ou d'épisclérite. Cette découverte leur permettait de rattacher une affection souvent obscure à une cause de tout repos. Or, ces derniers temps, le rhumatisme a pâti. Son procès se poursuit de jour en jour; il n'est plus qu'un corps démembré dont les parties se font plus rares à mesure que nos connaissances se précisent.

Au Congrès de Médecine de Liège, en 1905, le rapport du professeur Teissier, de Lyon, mettait au point la question du rhumatisme chronique. Et depuis, de temps en temps, on distrait tout une catégorie d'états

dit rhumatismaux qu'on rattache à une cause mieux connue : tuberculose, syphilis, blennorrhagie, etc...

En 1906, le docteur Antonelli critiquait l'emploi de l'épithète *rhumatisme* apposée sur nombre d'affections oculaires dont la cause nous échappe et arrivait aux conclusions suivantes :

L'étiquette rhumatisme, décrépite, devrait disparaître dans le domaine de la pathologie oculaire parce que les manifestations oculaires de l'arthrite ou de la polyarthrite fébrile aiguë (rares d'ailleurs) sont des uvéites ou des rétino-choroïdites infectieuses ou toxico-infectieuses par métastase ou septicémie.

La banale iritis rhumatisme, les formes de kératite, la sclérite, ou épisclérite, la ténonite, la névrite optique qui semblent parfois survenir et figurer chez des rhumatisants chroniques, sont des manifestations oculaires dont l'entité morbide rhumatisme n'est rien moins que démontrée et dont la véritable étiologie est à déterminer.

Les manifestations oculaires du pseudo-rhumatisme infectieux se classent d'elles-mêmes dans le chapitre de la syphilis, tuberculose, gonococcie oculaire, etc.

Enfin, les manifestations oculaires de l'arthritisme rentrent en partie dans les troubles par auto-intoxication (blépharites ou blepharo-conjonctivites chroniques), en partie dans les altérations par uricémie.

C'était balayer cet encombrant vocable « rhumatisme » qui masquait notre ignorance et c'était ouvrir la voie à de nouvelles enquêtes.

Or, si une catégorie d'affections avaient profité de

ce patronage injustifié, c'étaient les sclérites et les épisclérites. Le chapitre de l'étiologie de ces manifestations restait à reviser. Sans doute, dans nombre de cas, on est bien obligé de recourir, pour classer telle ou telle épisclérite, à l'ancien mot de rhumatisme. Mais c'est une solution d'infortune. Cela signifie que la répartition totale de tous les états rhumatoïdes entre les causes mieux connues dont ils relèvent n'est pas achevée. Il subsiste de nombreux matériaux cliniques, sans attribution précise, et que, faute de mieux, on affecte au rhumatisme. Mais leur sort a bien changé. Avant ces dernières années, ils étaient classés définitivement. La majorité des cas connus relevait du rhumatisme. C'était la cause incontestée et favorisée. Actuellement, au contraire, ce privilège a disparu. Le rhumatisme ne retient que les cas qu'on ne sait où loger, comme un compartiment commun d'attente d'où, tôt ou tard, on les ôtera quand on aura trouvé leur naturelle destination.

OBSERVATION I

Due à WYLER dans *Ophthalmic Record*. (Décembre 1906).

Mme D..., femme de 40 ans.

Depuis 3 ou 4 ans, Mme D... souffrait souvent de migraine. Les accès étaient très douloureux et affectaient le moral de la malade qui en ressortait toujours très déprimée. A cette migraine avait succédé un léger œdème polfébral, accompagné de rougeur de la peau; elle se plai-

gnait en même temps de larmoiement. Puis, un jour elle s'aperçoit que son œil rougit et devient douloureux. Cette apparition de symptômes coïncide avec l'installation des règles. Quand celles-ci sont taries, tout rentre dans l'ordre jusqu'à une nouvelle période menstruelle qui amène, avec le flux périodique, la congestion et la douleur sclérale. Ces phénomènes conduisent la malade chez un spécialiste, qui constate sur l'O D une tuméfaction, douloureuse spontanément et à la pression, de la largeur d'un petit ongle, colorée fortement en rose lilas, manifestement œdématisée. On peut, à son niveau, sans difficulté, plisser et déplacer la conjonctive, qui n'est pas trop vascularisée. La malade porte la main devant son œil pour se protéger contre la lumière. On ne trouve pas de formation nodulaire. Très rapidement, cette tuméfaction s'affaisse quand s'arrêtent les règles et après 5 ou 6 récidives toutes aussi bénignes, tout revient à l'état normal.

OBSERVATION II. (Inédite).

(Service de M. le D^r De LAPERSONNE).

Mme V..., 1913, 43 ans, est soignée depuis 5 ou 6 ans par des injections pour une métrite scléreuse; affection qui l'inquiète par poussées. Depuis 6 mois elle n'a rien ressenti du côté de la sphère génitale, mais son œil droit est le siège d'une rougeur diffuse sous-conjonctivale, qui la fait souffrir et la pousse à venir consulter un spécialiste.

A l'examen on note, autour de la cornée de l'O D, une tache lie de vin, à la partie supérieure et extérieure, qui s'avance jusqu'à 6 millimètres de l'équateur, sur une hauteur de 6 à 8 millimètres; la conjonctive est mobile sur les plaies profondes, et la sclérotique n'offre qu'une légère élé-

vation en nappe. Pas de photophobie, pas de troubles de l'acuité. L'iris a conservé ses reflexes et son brillant. La cornée transparente est à peine envahie sur la partie supéro-externe, par un croissant fibreux vascularisé. Depuis 6 mois que cette manifestation a débuté, la malade n'accuse pour ainsi dire, pas de modifications en mieux. A part les phénomènes douloureux qui sont intermittants, la symptomatologie reste identique. Puis peu à peu la sclérite s'améliore, les douleurs, plus vagues, laissent espérer à la malade qu'elle va guérir et, de fait, la rougeur pâlit. Mais, peu après, les troubles utérins récidivent et pendant toute leur durée, on note un silence remarquable, des phénomènes du côté de la sclérotique. Silence passager car, après l'atténuation de ses douleurs utérines, la plaque de sclérite se réchauffe et on assiste à une nouvelle poussée, dont la durée est indéterminée. Cette oscillation semble imposer une identité d'origine pour les deux ordres de symptômes utérins et oculaires. On trouve, en effet, mentionnée dans les auteurs, la coïncidence des sclérites avec des perturbations dans le domaine génital. Or, comme ces métrites scléreuses peuvent reconnaître pour causes toutes sortes d'intoxications d'origine interne ou externe, on est amené à invoquer le même polymorphisme étiologique, pour rendre compte des sclérites qui les accompagnent.

OBSERVATION III. (Inédite)

(Service du P^r DE LAPERSONNE)

M. L..., 44 ans, 1913.

Sclérite de l'O G, située à la partie supérieure de la cornée entre le droit interne et le droit supérieur.

A la Noël, le malade sent une douleur légère mais con-

tinue dans l'œil gauche; il examine au miroir et découvre une rougeur diffuse à la partie interne de la cornée. La douleur s'atténue, devient démangeaison. L'état n'est pas cependant normal, le malade craint la lumière. Comme tous ces phénomènes sont peu intenses, le malade vaque toutefois à ses occupations, et ce n'est que devant leur persistance qu'il se décide à consulter un spécialiste.

Quand il se présente, à la fin de janvier, on peut constater, dans la région comprise entre les insertions du droit interne et du droit supérieur, une ectasie de la sclérotique, de la grosseur d'un grain de mil; d'où coloration bleuâtre qui est due certainement à un bouton d'épisclérite. Cette ectasie est très légèrement vascularisée. L'acuité visuelle est pour l'O D. à 1, et pour l'œil gauche 06 à 08. La tension est normale; la cornée et l'iris sont normaux.

L'iris réagit bien. Pas de douleur ni à la pression, ni spontanée. Les démangeaisons et la photophobie disparaissent peu à peu.

Or, depuis 2 ou 3 mois, le malade souffre de maux de tête; ils durent 15 jours en moyenne, puis tout rentre dans l'ordre, mais commence alors une douleur oculaire accompagnée de rougeur de la partie de la sclérotique ectasiée; elle se prolonge 10, 15, 20 jours. Pendant tout ce temps, aucune céphalée. Il y a comme un jeu de bascule entre les douleurs oculaires et les douleurs céphaliques. Si on interroge le malade pour trouver la cause de ces phénomènes, on ne trouve à peu près rien. Ni rhumatisme, ni syphilis, ni tuberculose, qui puisse rendre compte de cette sclérite.

La seule particularité à noter, c'est que le patient a souffert de migraine jusqu'à son départ pour le service militaire. Nous avons donc vraisemblablement affaire ici à une sclérite due à cet état assez mal défini, qu'on appelle arthritisme. C'est là une sclérite banale, dont la vraie cause nous échappe.

OBSERVATION IV. (Inédite).

(Service du P^r DE LAPERSONNE)

Avril 1911. — Mme B..., 54 ans, ménagère.

Rien de particulier dans A. H.

A. P. — Rhumatisme dans sa jeunesse.

A. de la maladie. — Depuis 1900, la malade s'est successivement fait traiter pour de l'épisclérite rhumatismale.

Traitée d'abord par l'ignipuncture et l'électrolyse; de même dans le service du D^r A. De Lapersonne, le même traitement est suivi, qui améliore l'épisclérite pour une période de 6 ou 8 mois, laquelle affection récidive ensuite. La malade se plaint aussi de voir double quand elle regarde de loin.

Si on examine les deux yeux, on voit que les deux globes sont irréguliers.

O. D. — L'œil droit présente un gros bouton d'épisclérite à la partie supéro-externe de l'œil, avec un peu d'injection de la conjonctive. La cornée présente à sa partie interne un petit croissant de sclérose.

O. G. — Plus sensible, est injecté et présente à la partie supéro-interne un bouton d'épisclérite assez considérable.

La cornée présente aussi un croissant de sclérose à la partie interne, tout près du limbe.

Tomes O D G: Normal.

Sorti le 21 mai.

8 avril 1913. — La malade entre dans le service parce que depuis un certain temps, elle a des douleurs périorbitaires et orbitaires du côté gauche. A l'examen, on constate que son œil gauche est dur; il est impossible de prendre la tension avec le tonomètre, par suite de la déformation de la cornée.

L'examen des membranes et milieux vasculaires est impossible à cause de la segmentite antérieure qui envahit la cornée.

12 avril. — Opération de l'O G, selon le procédé d'Eliot, mais l'iris faisant hernie, on fait une iridectomie périphérique.

16 avril. — Pas de douleurs; tension normale.

OBSERVATION V. (Inédite).

Service du D^r DE LAPERSONNE

Mme B..., 35 ans, couturière.

O G. — Episclérite.

Datant de 10 ans, il y a 2 ans, tous ces phénomènes ont disparu, mais la malade souffre de nouveau depuis 1 mois.

L'examen.

Injection prékératique.

Plusieurs éléments à la partie inférieure de l'œil.

Fond d'œil normal.

Antécédent. — Pas de rhumatisme.

Pas d'antécédents pathologiques.

Le 21 janvier 1913. — Péritomie et galvanocautérisation.

OBSERVATION VI. (Inédite).

Service du D^r DE LAPERSONNE

M. Lalouette, 47 ans, f.

Ant. H. — Nuls.

A. P. — Fièvre typhoïde à 18 ans. Six ans après, début des sclérites.

Entre le 3 septembre 09.

Anciennes sclérites avec ectasies et glaucome secondaire depuis 1904. Douleurs vives.

Le 4 septembre. — Enucléation à la cocaïne.

OBSERVATION VII. (Inédite).

Service du D^r DE LAPERSONNE

Mme Durand Berthe, 40 ans.

Episclérite O G, 1911.

A. H. — Père et mère morts arthritiques.

A. P. — Affirme n'avoir jamais été malade. Pas de rhumatisme, pas de goutte, bien réglée, a eu 12 enfants, deux fausses couches et deux enfants morts d'entérite à 4 et 5 mois.

L'affection a débuté il y a 8 jours (vers le 8 septembre 1911); l'œil était rouge et douloureux.

Actuellement, O G, on constate plusieurs boutons d'épisclérite, quatre petites élevures disposées en chapelets à 3 ou 4 millimètres du limbe, de consistance dure, sensibles au toucher, faisant corps avec la sclérotique. Celle-ci est violacée, très vasculaire.

La conjonctive est mobile au-dessus de ces boutons.

Les conjonctives palpébrales sont très hyperémies,

La pression, douloureuse, fait disparaître la rougeur de la sclérotique mais celle-ci reparaît dès que cesse la pression.

La malade accuse des douleurs spontanées, oculaires et périorbitaires, s'exagérant la nuit et empêchant le sommeil.

Les mouvements du globe sont douloureux. Iris normal..
Chambre antérieure normale. Fond d'œil normal.

O D. — Aucune lésion.

OBSERVATION VIII

Due à l'obligeance du D^r CANTONNET,
oculiste des hôpitaux de Paris.

Homme *arthritique*, 55 ans, facies congestif hypertendu artériel, un peu de sucre dans les urines (7 gr. par litre) gros mangeur, emploi sédentaire.

Episclérite des deux yeux assez diffuse et accuminée en un point, alternatives d'amélioration et d'aggravation pendant 6 à 7 mois.

OBSERVATION IX

(Due à M. le D^r CANTONNET).

Homme 55 ans. Un bouton d'épisclérite très limité.

Aucune étiologie ne peut être invoquée; c'est la 4 ou 5^e fois en 2 ans qu'il a de l'épisclérite toujours à la même place.

OBSERVATION X

(Due à M. le D^r CANTONNET)

Homme, 22 ans. Segmentite antérieure d'un œil. *Sans cause connue*. Le traitement antisyphilitique donné à tout hasard, l'améliore très rapidement.

OBSERVATION XI

(Due à M. le D^r CANTONNET)

Homme, 22 ans. O G. Episclérite datant de 2 mois en-

core en évolution. O D, épisclérite toute récente. A eu des douleurs articulaires dans l'enfance, mais sans rhumatisme franc fébrile. Le salicylate et des péritomies le guérissent assez vite.

OBSERVATION XII

(Due à M. le D^r CANTONNET)

Homme, 35 ans. Episclérite à répétition O G; c'est la 3^e ou 4^e poussée depuis 2 ans. Rhumatisant net. Salicylate le guérit.

OBSERVATION XIII

(Due à M. le D^r CANTONNET)

Homme, 60 ans. *Congestif arthritique*, ancien bureaucrate, ayant même fait hâter sa retraite à cause de sclérites diffuses, des deux yeux durant depuis 3 ou 4 mois. La papille droite a des coudes vasculaires nets, malgré que la tension soit normale, ainsi que l'acuité. Le champ nasal est un peu rétréci de ce côté. 6 mois de traitement ne l'améliorent que peu.

OBSERVATION XIV

(Due à M. le D^r CANTONNET)

Homme, 30 ans. Episclérite très légère, diffuse, de l'œil gauche. Etiologie *inconnue*; guérit en une semaine.

OBSERVATION XV

(Due à M. le D^r CANTONNET)

Homme, 45 ans. Epislérîte diffuse O G, récidivant 6 fois en un an. A eu du rhumatisme aigu franc il y a 15 ans.

Constipé, *entéritique* chronique. Bureaucrate.

OBSERVATION XVI

(Due à M. le D^r CANTONNET)

Homme, 25 ans. A eu des douleurs *articulaires* et des craquements articulaires dans l'enfance. Epislérîte diffuse légère des 2 yeux, surtout O G.

OBSERVATION XVII

(Due à M. le D^r CANTONNET)

Homme, 33 ans. En juillet 1912, légère épislérîte diffuse O G ; en mars 1913, légère épislérîte O D, guérissant vite. Aucune autre étiologie qu'une *entérite chronique*.

On peut voir, par ces quelques observations, combien imprécis reste souvent le diagnostic étiologique à proops de ces sclérites appelées rhumatismales, et qui relèvent de l'arthritisme, c'est-à-dire d'un ensemble d'états dus vraisemblablement à des intoxications plus ou moins atténuées. On peut se demander, ainsi

que le disait Panas dans sa leçon clinique sur la sclérite diffuse, si ces plaques et ces poussées inflammatoires ne sont pas quelquefois dues à une eudo-infection par absorption de toxines. Il cite à ce propos le cas d'une malade qui, ayant une métrorragie, voyait survenir des manifestations inflammatoires du côté de son œil chaque fois que son écoulement s'arrêtait. Il semblait que l'hémorragie agissait comme une décharge toxinique, si bien que cette soupape de sûreté ne fonctionnant plus, les produits nuisibles emprisonnés dans l'organisme trahissaient leur présence par l'inflammation de la sclérotique.

Une autre considération en faveur de cette façon de voir c'est la coexistence, qui est loin d'être une rareté, de l'épisclérite ou de la sclérite, et de l'érythème polymorphe. Or cet érythème polymorphe que l'on peut trouver dans le tableau clinique de nombreuses affections, tuberculose, blennorrhagie, angines, paraît bien due à la présence dans l'organisme de produits toxiques.

Heureusement, nous n'en sommes pas toujours réduits, en ce qui concerne les sclérites, à des hypothèses plus ou moins plausibles et à côté de ces cas, qui sont peut-être encore la majorité, où l'ignorance de la cause réelle nous amène à invoquer l'arthritisme, il est des cas où indubitablement nous voyons le bien étiologique qui rattache les sclérites à des affections que nous connaissons bien.

CHAPITRE III

SCLÉRITES, ÉPISCLÉRITES & INFECTIONS AIGUES

Depuis qu'on recherche plus attentivement les causes susceptibles d'amener de la sclérite ou de l'épisclérite on trouve parfois des coïncidences curieuses. C'est ainsi qu'il paraît démontré que les infections, même aiguës, peuvent déterminer des phénomènes scléreaux à allure typique. Pour en faire foi, nous avons quelques observations.

OBSERVATION I.

DUPUY-DUTEMPS et LEMARCHAL

M. L..., âgé de 17 ans, ouvrier agricole, de bonne santé habituelle, se présente le 2 décembre 1909 à la consultation d'ophtalmologie de l'hôpital Saint-Antoine, pour un léger œdème palpébral de l'œil droit, avec injection conjonctivale et épisclérale localisée à la partie inféro-externe du globe

oculaire. Le début remontait à peine à 24 heures. Pas de douleurs.

Deux jours après, l'œdème avait complètement disparu et depuis il ne s'est plus reproduit. Mais l'injection épisclérale était devenue plus intense; à son niveau existait une saillie évidente. Acuité visuelle $1/3$.

Quoiqu'on ne put relever ni dans les commémoratifs, ni par l'examen actuel aucun indice de syphilis, le malade fut soumis aussitôt à un traitement intensif par l'iodure de potassium et les injections intra-veineuses de cyanure de mercure.

La tuméfaction inflammatoire n'en progressa pas moins rapidement tout en restant à peu près complètement indolente. Cette absence anormale de douleur dans une épisclérite aussi intense à développement rapide, est un point très spécial de cette évolution clinique et qui doit être retenu.

Au bout de huit jours, la tuméfaction formait une saillie considérable du volume d'une petite noisette, gênant l'occlusion des paupières, à teinte rouge foncé, uniforme, s'étendant de la cornée sur laquelle elle empiétait, jusqu'au voisinage du cul de sac externe. La lésion avait absolument l'apparence d'une gomme volumineuse de la sclérotique. A ce moment, apparut une très légère iritis qui guérit en quelques jours, laissant comme traces quelques dépôts pigmentaires sur la cristalloïde.

Le corps vitré ne présenta jamais aucun trouble; aucune lésion du fond d'œil n'était visible à l'ophtalmoscope.

Le traitement général fut continu quoique sans effet appréciable sur la lésion.

C'est vers le 20 décembre seulement que l'état général commence à s'altérer: inappétence, pâleur, aucun amaigrissement. Le malade accuse une douleur vague au niveau du sacrum; il est abattu, hébété; son aspect est celui d'un typhique.

Le 26 décembre, il entre dans le service de chirurgie de M. Ricard et, dès ce moment, le traitement spécifique est définitivement supprimé.

T. 39. Poul 120. Prostration. Langue sèche. Pas de selles depuis 2 jours. Les mictions sont très fréquentes, non douloureuses et impossibles dans le decubitus horizontal. Urines normales.

Le diagnostic resta en suspens pendant deux jours. A ce moment le toucher rectal fit reconnaître un volumineux abcès de la prostate surtout développé au niveau du lobe gauche et prêt à s'ouvrir spontanément.

Cet abcès s'était développé d'une façon remarquablement torpide au point de vue des réactions locales, ne se manifestant que par des douleurs sacrées et périnéales plus fréquentes et par la fréquence des mictions.

L'incision large donna issue à un pus crémeux bien lié, sans fétidité.

Dès le lendemain, la température revenait à la normale.

La formation de cet abcès prostatique, en l'absence de toute uréthrite passée ou actuelle, devait amener à penser à une infection d'origine hématique dont l'inflammation scléreuse d'allure clinique assez anormale pouvait être aussi une localisation.

L'examen bactériologique fait par M. Richet, interne de M. Beclere, donne les résultats suivants qui confirment cette hypothèse.

Culture du pus protastique : staphylocoque doré;

Culture de la sérosité de la tumeur épiscclérale non supprimée, recueillie par une ponction discrète : staphylocoque doré pur.

L'hémo-culture, tentée à deux reprises, a été négative.

Six jours après l'ouverture de l'abcès prostatique, la température s'élève de nouveau; le malade accuse une douleur à la base droite du thorax. Auscultation négative.

Le lendemain, température à 39°. Douleur mieux localisée à la fosse lombaire droite, où la palpation révèle une tuméfaction dure de toute l'atmosphère péri-rénale. Diagnostic : phlegmon périnéphrétique.

L'incision lombaire donne issue à 300 centimètres cubes de pus crémeux, en tout semblable à celui de l'abcès prostatique. L'ensemencement de ce pus donna des cultures pures de staphylocoque doré.

La guérison fit dès lors des progrès rapides et continus. Le 1^{er} février 1910, le malade quittait l'hôpital et 15 jours après reprenait son travail habituel. Quant à la tumeur épiscclérale toujours indolente, elle a évolué avec une grande lenteur. A la fin du mois de décembre (un mois après le début), elle avait atteint son volume maximum et sa teinte, au centre, était devenue jaunâtre.

Malgré l'apparence, il n'existait pas de suppuration comme l'a montré la ponction faite à ce moment pour l'examen bactériologique de son contenu. Puis, petit à petit, et sans diminuer encore de volume, toute la masse prit une teinte uniforme jaune chamois. La résorption s'est produite ensuite très lentement, sans qu'il y ait eu fonte purulente ni ulcération.

Trois après le début, la tumeur persistait encore, tangente à la cornée réduite au tiers de son volume antérieur, et toute réaction inflammatoire avait, depuis longtemps, disparu. A ce moment, on voyait déjà, occupant le centre de la saillie, une zone ardoisée qui devenait plus étendue au fur et à mesure de la résorption. Cette zone dépressible correspond évidemment à une partie de la sclérotique amincie par le processus inflammatoire refoulée et à travers laquelle on aperçoit par transparence la teinte du pigment choroïdien. L'acuité visuelle est redevenue égale à la normale.

L'évolution de l'affection, la présence dans les divers

foyers du même micro-organisme, *le staphylocoque doré*, permettent de rapporter tous les accidents à une *staphylococcémie*.

L'inoculation s'est faite certainement au niveau d'une petite plaie infectée de l'annulaire droit (durillon forcé) qui avait donné lieu à un abcès superficiel, mûri trois jours avant le début de l'accident oculaire. La guérison avait été si simple et si rapide que ce léger incident n'avait pas tout d'abord fixé l'attention.

La relation étiologique entre *ce petit panaris et l'épisclérite* eût été sûrement méconnue si l'infection, plus atténuée, s'était bornée à la seule manifestation oculaire, celle-ci n'apparaissant alors que comme une affection locale isolée.

Dans ces septicémies peu virulentes, mal connues et peut être fréquentes, l'examen bactériologique de la lésion inflammatoire locale permettra sans doute de découvrir dans quelques cas l'agent pathogène, même si l'hémoculture est restée négative. On pourra ainsi, par un diagnostic plus précis, éviter les hésitations ou les erreurs d'une thérapeutique empirique.

DUPUY-DUTEMPS et LEMARCHAL

In *Annales d'Oculistique*, 1910, 2, p. 23-26.

OBSERVATION II.

OBSERVATION due à l'obligeance de M. CHEVALIER,
interne du D^r ROGER.

Mme J..., 29 ans, confectionneuse. — (*Blennorrhagie*).

Vers la mi-février 1913, la malade est prise de « rhumatisme » : douleurs des genoux et des coups de pied, accompagnées de fièvre.

Au bout d'une semaine environ, apparaissent des rou-

geurs sur le dos de la main gauche, puis de la main droite. A ce moment, les douleurs articulaires augmentent et, le 27 mars, la malade entre à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le Professeur Roger.

Le 8 mars : Douleurs très vives dans les hanches, genoux, coups de pied, épaules, coudes et poignets.

Douleurs très vives plus marquées au niveau des gaines, des tendons et de l'insertion des ligaments, qu'au niveau de l'interligne.

Pas de gonflement ni de rougeur.

L'érythème occupe les mains et les cuisses, papules très rapprochées les unes des autres, surtout nombreuses au niveau du dos, des premières phalanges du poignet et de l'extrémité inférieure de l'avant-bras. La face palmaire est respectée. La symétrie est presque absolue à la face interne des cuisses papules rares. Chaque élément est constitué par une papule lenticulaire, d'un rouge plus ou moins brun ou violacé, vermillonnée à la périphérie. La traction de la peau les fait disparaître incomplètement. Un certain nombre de papules sont examinées au point de vue microscopique.

Vers le 28 mars, la peau commence à disquamer d'une façon évidente.

Le 7 avril, les douleurs articulaires qui, elles aussi ont subi une série d'améliorations et de petites recrudescences, ont presque tout à fait disparu.

L'évolution de ces accidents s'est accompagnée de quelques phénomènes généraux, anorexie, température oscillant autour de 38° pendant plusieurs semaines.

Antécédents. — Rien à noter dans les antécédents familiaux. 2 enfants à 17 et 18 ans, qui succombent en bas âge (convulsions).

A 21 ans apparaît sur le visage de la malade une « éruption de sang » qui guérit en quelques jours.

A 25 ans. — Une période d'anémie et de grande faiblesse. La syphilis semble improbable. La malade a refusé de se laisser prendre du sang pour le Wassermann.

La malade présentait une blennorrhagie ancienne; au début des douleurs articulaires, il a semblé à la malade que les pertes devenaient plus abondantes et qu'elles tachaient le linge en vert. La miction n'est pas douloureuse.

On peut donc penser que la cause de l'érythème polymorphe, dans ce cas, est la *blennorrhagie*, si l'on veut bien admettre, avec les auteurs, que l'érythème polymorphe n'est pas une maladie à virus spécial.

Le traitement (salicylate de soude, aspirine) est resté sans action sur les douleurs comme sur l'érythème.

Vers le 11 ou 12 mars, la malade s'aperçoit d'une rougeur de l'œil gauche. Pas de douleurs, pas de troubles de la vision.

Le lendemain, l'œil droit rougit.

15 mars. — Il existe, sur la portion découverte de la conjonctive bulbaire O D et O G, une rougeur très vive.

En dedans et en dehors de la cornée O D et O G existe une zone triangulaire sur laquelle la conjonctive est très rouge, les vaisseaux sont très abondants; la plupart ont une direction radiaire. La conjonctive forme une saillie très nette au-dessus de la conjonctive saine. L'adhérence, la sclérotique paraît normale. A travers la paupière, on peut sentir la saillie scléroconjonctivale. L'aspect est tout à fait semblable à celui d'un volumineux bouton d'épisclérite.

La lésion s'étend sur une hauteur d'environ 10 millimètres à la partie antérieure. La base du triangle arrive au voisinage de la cornée. Le sommet, peu net, est situé à peu près au niveau de l'équateur. Cornées normales. Pas de symptômes fonctionnels. Pas de sécrétion conjonctivale.

Le reste de la conjonctive, l'iris, les milieux, le fond sont normaux.

Hypermétropie légère. Astigmatisme léger probable, l'état général empêche l'examen au Javal. Les 4 lésions sont identiques. Les 2 lésions externes sont un peu plus marquées.

Evolution. — Les douleurs et l'érysthème polymorphe des mains continuent environ jusqu'à la fin de mars. Depuis elles sont en voie de regression.

La rougeur oculaire a commencé à demeurer surtout en dedans et d'abord pour l'O D; au même moment apparaissent, sur la plaque externe O G 2 petites papules conjonctivales de 2 millimètres de diamètre environ, au voisinage du limbe. Pas d'ulcération conjonctivale. Ces 2 papules persistent pendant 5 ou 6 jours.

7 avril. — Les 2 plaques externes sont encore marquées. Les 2 plaques internes sont presque de coloration normale; il y persiste encore une sorte d'inégalité de la surface conjonctivale. La conjonctive semble encore un peu épaissie.

OBSERVATION III.

Episclérite compliquant un zona ophtalmique. (D^r CLAVELIER, Toulon). *In clinique ophtalmologique*, 1898. — avril.

Mme A., de Toulon, 49 ans, sans hérédité, sans antécédents personnels, ni goutte ni rhumatisme, ni pararhumatisme, ni syphilis, ni troubles digestifs, est prise dans les premiers jours de février 1898, de violentes douleurs frontales et temporales à droite. Croyant à une simple névralgie, elle use d'antipyrine, de quinine, même d'applications

de chlorure de méthyle, en pulvérisations, sans grand succès.

L'état général devient mauvais. (Fièvre, embarras, gastrique).

15 jours après le début de la douleur, un matin, celle-ci devient particulièrement atroce, la peau du front sur la moitié droite, et des paupières, rougit.

Le médecin de la famille diagnostique un érysipèle de la face, prévient que la moitié gauche va être prise de la même façon et prescrit des compresses phéniquées à 1/100, une purgation et la diète lactée.

Après 3 ou 4 applications, l'œil droit devient très douloureux, photophobe, la malade refuse ses compresses phéniques, croyant qu'elles sont la cause de cette nouvelle douleur. La nuit est mauvaise, la fièvre augmente.

Le lendemain matin, on nous fait appeler et nous constatons une éruption comprenant 9 vésicules dont 3 contenant déjà du pus, siégeant sur une peau rougie, œdématiée. La lésion ne dépassait pas la moitié du nez et du front. Nous diagnostiquons un zona ophtalmique; l'œil ouvert n'est pas rouge; la cornée et la conjonctive sont saines, mais anesthésiées. L'iris a une coloration normale et réagit bien à la lumière. La vision est intacte au dire de la malade; celle-ci invoque une sensation de corps étranger, sensation très douloureuse sous la paupière supérieure.

Nous la faisons regarder fortement en bas, et trouvons alors, au niveau de l'équateur de l'œil, au-dessus de la cornée, un bouton d'épisclérite solitaire, très volumineux. Il affectait la forme d'un demi ellipsoïde à grand axe antéro-postérieur, mesurant 7 millimètres de longueur sur 4 millimètres de largeur. La voussure était sensible. Un pinceau de vaisseaux l'accompagnait jusqu'à la cornée, la conjonctive était à peine rosée à ce niveau, les mouvements

de déplacements de cette muqueuse montraient bien que la coloration violette était due à 1 bouton d'épisléríte.

La pression directe, même légère, provoque une douleur intense.

Le lendemain, ponction électrolytique du bouton épisléral.

Huit jours après, plus de douleurs, bouton très affaissé, moins rouge, indolore à la pression. Une traînée rose indique la place de la lésion, léger œdème persistant. Trace blanchâtre au niveau de la lésion.

Peu de temps après la malade ne présente, comme traces de la lésion et de l'opération, qu'une traînée blanchâtre suivant le trajet de l'aiguille.

OBSERVATION IV.

Episléríte et angine. — In MORITZ SCHEIN.

In Archives d'Ophthalmologie.

Mme Vve T..., âgée de 44 ans, est atteinte d'*angine* qui, après un début dramatique avec état alarmant, A. 39°5, pouls à 120, urines rares et rouges, céphalalgie intense, tourne court au bout de huit jours.

Elle se croit guérie quand, sur ses deux avant-bras et sur le dos de la main gauche, une éruption se dessine. Des boutons de volume et de forme variée; dominant la peau, ailleurs se sont des macules, et par endroits une sérosité infiltre des bulles prêtes à s'ouvrir. Ces noyaux cutanés sont entourés d'une atmosphère œdémateuse.

Le médecin, consulté, diagnostique un érythème polymorphe.

Peu à peu, les boutons s'affaissent, les vésicules se dessèchent, et les avant-bras reprennent leur aspect antérieur.

Mais des phénomènes oculaires s'éveillent; la malade souffre de démangeaisons, de photophobie; elle a la sensation d'un corps étranger dans l'œil droit et, la nuit, ne goûte aucun sommeil.

Elle va consulter un oculiste. Dans la partie temporale de la fente palpébrale droite, entre le droit externe et le droit supérieur, à 3 millimètres de la cornée, on note un bouton de la grosseur d'une lentille, finement vascularisé, prolongé du côté de l'équateur par un éventail de vaisseaux qui se perdent dans l'épiscière.

A la pression, cette tuméfaction pâlit, et est douloureuse, mais elle ne s'affaisse pas. Elle n'a aucune tendance à s'ulcérer. La conjonctive mobile au-dessus est à peine vascularisée. Au bout d'une quinzaine de jours, le bouton devient moins douloureux, s'affaisse, se décongestionne et laisse un stigmatte blanchâtre sur la sclérotique. La malade est complètement remise et on la perd de vue.

OBSERVATION V. (Ibid.)

Mme Vve L..., 55 ans, voit survenir, après une *angine*, à chaque œil deux noyaux exsudatifs, rougeâtres, situés au niveau de la fente palpébrale de part et d'autre de la cornée, occupant nettement le tissu scléral et laissant la conjonctive mobile. Ces noyaux sont sensibles à la pression et leur injection ne disparaît qu'au centre quand on y appuie le doigt. La malade souffre depuis 5 jours d'une angine. Il y a 3 jours qu'apparurent au visage et au dos des deux mains, des noyaux cutanés typiques. Le diagnostic d'érythème polymorphe s'impose pour ces manifestations cutanées. Au sixième jour de son angine, qui semble tourner vers la résolution, la malade se plaint de maux de tête intense, puis au bout de deux ou trois jours, sous l'action du

traitement (antipyrine) cette céphalalgie se calme. L'état de la sclérotique est stationnaire. L'éruption cutanée évolue vers la guérison quand, après huit jours, on note une recrudescence de tous les symptômes; l'érythème polymorphe envahit des parties cutanées restées saines à la première atteinte, la céphalée reparaît plus vive que jamais l'angine semble se réchauffer, l'épiscélérte provoque d'atroces douleurs, empêche le sommeil et est le siège d'une intense rougeur. Après 3 ou quatre jours de cet état très pénible, nouvelle regression qui, cette fois, ne se dément pas. L'érythème devient plus discret, la tête moins douloureuse, la gorge désobstruée, l'œil retrouve son état normal. Toutefois le bouton d'épiscélérte est le dernier survivant des symptômes, et après plusieurs semaines, sans qu'il ait subi de nouvelles poussées, il laisse encore une trace blanchâtre, sur la sclérotique; la conjonctive, tout en n'étant pas adhérente glisse cependant moins facilement en ce point.

En plus des cas où la cause, gonocoque ou staphylocoque est évidente, nous avons vu la coïncidence de l'épiscélérte et du zona ophtalmique. Or le zona ophtalmique est plutôt un syndrome satellite d'états toxico-infectieux qu'une entité nosologique bien définie.

Depuis la date déjà lointaine où Landouzy classait les zonas en deux catégories, les zonas proprement dits et les éruptions zostériques, le zona primitif a perdu du terrain. Il y a tout lieu de considérer comme un syndrome du même ordre la sclérte qui se greffe sur presque n'importe quel état morbide.

Il semble bien, d'après ces exemples que la sclérte et l'épiscélérte jouissent d'une assez grande indifférence vis à vis des causes pathogènes.

Ces affections se présentent plutôt *comme des réactions tissulaires* que comme des *maladies d'organes*. Leur individualité est très peu accentuée et l'on peut les rencontrer comme des épisodes dans beaucoup d'histoires cliniques.

Il est certain qu'à mesure que les investigations seront plus soigneuses, plus nombreux apparaîtront les cas où une sclérite ou épisclérite est venue se superposer sur une infection plus ou moins aiguë.

Toutefois, dans les quelques observations consignées au présent chapitre, il est aisé de remarquer que les microbes pathogènes n'ont amené des sclérites ou des épisclérites que dans des manifestations presque torpides. Ni la staphylococcie, ni les blennorrhagies, susmentionnées, n'ont rien eu de bien aigu.

En somme, malgré l'apparent démenti que ces faits infligent à la doctrine d'après laquelle les sclérites et épisclérites seraient des manifestations surtout chroniques, il reste, que, même les agents qui provoquent des troubles aigus manifestent des sclérites ou des épisclérites, surtout dans leurs formes atténuées, et attendent, si leur début est vif, que les symptômes se soient apaisés.

Aussi ce sont surtout les deux grandes classes de troubles chroniques, *la tuberculose* et *la syphilis* qui sont riches en manifestations sclérales et épisclérales.

CHAPITRE IV

ÉPISCLÉRITE, SCLÉRITE & TUBERCULOSE

Il va sans dire que le tissu scléral est soumis aux attaques du bacille de Koch. On voit de véritables *fungus tuberculeux* de la sclérotique qui détruisent complètement cette membrane et la réduisent à l'état de magma.

On observe encore des *gommes tuberculeuses* circonscrites qui ont la forme des gommes de cet ordre, s'ouvrent et persistent sur un œil voué souvent à sa perte. Ce ne sont pas ces cas que nous envisagerons ici.

A côté de la tuberculose classique, dit L. Dor, de Lyon, il existe des affections d'origine tuberculeuse, dans lesquelles on ne rencontre pas de bacilles et où les cellules géantes sont exceptionnelles.

On ne constate qu'une inflammation banale et une vascularisation anormale de tissus normalement privés de vaisseaux.

La nature tuberculeuse de ces affections est établie par les 3 ordres d'épreuves suivants :

1° Les malades ont une séro-réaction tuberculeuse positive.

2° Leur sérum injecté à des cobayes tuberculeux donne à ceux-ci une poussée fébrile.

3° Les malades réagissent à la tuberculine.

J'appelle avec les dermatologistes « *tuberculides* », les affections circonscrites, et *tuberculies* les affections diffuses.

Les principaux types de tuberculides sont les phlyctères de la cornée, de la conjonctive et de l'*épiscière* dans les kérato-conjonctivites phlycténulaires.

Les types de *tuberculies* sont la kératite vasculaire, certaines kératites interstitielles, la *sclérite*, la ténonite, l'iritis aiguë ou chronique dite rhumatismale, certaines névrites, etc..

Et de fait, on peut trouver des sclérites et des épiscélrites à rattacher nettement à un processus tuberculeux.

Dans le Journal médical de Boston, 1907, Verhœff rapporte 13 cas de sclérite tuberculeuse qui furent tous contrôlés par la tuberculine. 11 de ces malades entrèrent à l'hôpital. Une réaction généralisée positive fut obtenue chaque fois et neuf fois une réaction locale à l'œil. Tous les malades appartenaient au genre féminin, la plus jeune avait onze ans et la plus âgée quarante-six ans. La sclérite n'existait que d'un côté, mais trois fois l'autre œil présentait des opacités cornéennes. A l'exception d'une seule, les malades étaient bien

nourries et semblaient en bonne santé en dehors du trouble oculaire. Trois des malades avaient de l'exacerbation des symptômes pendant la période menstruelle. Elles furent toutes traitées par la tuberculine et le résultat du traitement a prouvé que la sclérite tuberculeuse est une affection curable.

Dianoux, en 1895 (*Soc. fr. d'ophtalm.*, 1895), avait décrit une kératite scléro-tuberculeuse en ces termes :

« Ce que j'appellerai kératite scléro-tuberculeuse est une maladie caractérisée par la formation presque simultanée dans l'épaisseur de la cornée et dans toute la zone sclérotérale située au devant de l'insertion des muscles droits, de granulations toutes semblables à un grain de millet, grises d'abord, puis jaunâtres, entourées d'une atmosphère d'infiltration qui peut les envelopper dans un ensemble où les grains tranchent seulement par leur couleur et parfois une légère saillie; l'épithélium reste sain, ce qui prouve qu'il s'agit d'une lésion mésodermique. La réaction inflammatoire est plutôt modérée; peu de photophobie; peu de douleur; une maladie rapide dès son début : l'iris, sain d'abord, présente bientôt des synechies, mais de la nature de celles des iritis séreuses. Peu à peu, la couleur jaune des tubercules s'affirme; des semaines s'écoulent : la nuance passe au gris jaunâtre puis au gris blanc. La zone scléroticale affectée prend une teinte de plus en plus ardoisée, comme dans la scléro-choroïdite antérieure, il serait peut-être plus juste de dire parce qu'il y a scléro-choroïdite antérieure; les complications viennent suivant la règle. Jamais je n'ai

vu d'ulcération. Et puis, après 3 mois, les nodules s'isolent, tout à fait aplatis; ils ne sont que des îlots d'infiltration entre lesquels la cornée recouvre une transparence croissante. La guérison peut être totale, absolument totale, à moins que l'enfant ne soit emporté par d'autres lésions tuberculeuses.

« Je n'ai vu cette maladie que chez des enfants de 10 à 14 ans, portant l'empreinte de la tuberculose; plusieurs étaient manifestement phthisiques et je les ai perdus de vue; d'autres n'avaient que de la tuberculose ganglionnaire. »

Mais il n'est pas inouï, même chez les adultes, de trouver les sclérites classiques sur un terrain incontestablement tuberculeux.

OBSERVATION I.

ORESTE. — *In Annales d'Oculistique*, 1911, p. 178.

Scléro-kératite tuberculeuse.

Il s'agit d'une femme de 36 ans. Son œil gauche est atteint de scléro-kératite tuberculeuse.

La malade se plaint de phénomènes douloureux dans la région scléroticale qui avoisine le limbe; l'allure de ces lésions rappelle celle des inflammations banales de la sclérotique, infiltration, légère surélévation, teinte violacée; la conjonctive reste intacte au-dessus du foyer; elle est mobile et ne présente pas d'anormale vascularisation. On pratique des injections sous-conjonctivales d'air, qui restent sans utilité. Au contraire, la plaque rouge encercle la cornée d'une zone inflammatoire, envahissante, le limbe lui-même

participe au processus, de légères dentelures se dessinent à la périphérie de la membrane cornéenne, qui paraît en-chassée dans une collerette. A ce moment, la vision diminue; cette baisse progressive de la vue est manifestement en rapport avec la marche de l'opacité. Rien n'arrête cette sclérose cornéenne qui, finalement, obstrue complètement le champ pupillaire. La malade est dénuée de toute vision de son œil gauche. Des phénomènes douloureux nécessitent l'énucléation.

L'organe malade examiné révèle des lésions analogues à celles de l'inflammation vulgaire. Il est impossible de mettre au jour les lésions considérées comme caractéristique de la tuberculose, cellules géantes, cellules épithélioïdes, foyer nécrotique, et cependant la nature tuberculeuse de l'affection fut assurée par l'inoculation au cobaye.

Il s'agit probablement d'une infection endogène, car les malades ont un mauvais état général, avec d'autres lésions bacillaires, l'affection est le plus souvent bilatérale et des lésions analogues ont été obtenus par *Deals*, *Stöck*, en injectant des bacilles tuberculeux dans la carotide ou dans la veine auriculaire du lapin. Le pronostic est mauvais tant parce que l'affection peut amener la perte de l'œil, que parce qu'il s'agit d'une métastase tuberculeuse.

OBSERVATION II.

WOLF, 1911.

Un bouton s'étant développé dans la sclérotique d'un homme tuberculeux, fut aisément extirpé. On trouva dans le bouton des cellules géantes et des bacilles de la tuberculose, tandis que le lapin et le cobaye réagissaient positivement à l'inoculation, nouvelle poussée cutanée accompagnée de céphalalgie.

OBSERVATION III.

Erythème maculeux.

Mme J..., âgée de 43 ans, restée veuve après de grands chagrins conjugaux, était encore bien portante il y a quatre ans, lorsque, sous l'impulsion de certaines idées philosophiques, elle a cru devoir s'adonner à un végétarisme intégral. Elle a fini, comme cela a été observé dans plus d'un cas semblable, par s'amaigrir et présenter des signes d'une tuberculose pulmonaire, avec crachats bacillifères.

En septembre 1911, elle est saisie d'une éruption cutanée, offrant les caractères d'un érythème maculeux et, en même temps, ses deux cornées sont atteintes d'une poussée symétrique inféro-externe de kératite profonde parenchymateuse. Il existe sur chaque cornée une zone grisâtre de kératite, séparée du limbe par un millimètre de cornée transparente. Le reste des yeux est intact.

On sait que, comme chez notre malade, cette variété de kératite, souvent nommée sclérosante, (ce qui ne veut pas dire grand chose, car il s'agit d'une kératite parenchymateuse localisée, qui n'aboutit pas toujours à la sclérose), survient ordinairement chez des femmes dont l'état de santé générale est défectueux et qui sont même parfois tuberculeuses.

Il est à noter que chez cette malade, l'érythème maculeux qui s'est produit en même temps que la kératite provenait lui aussi, du fléchissement de la santé générale et probablement de l'infection

La malade a refusé les injections sous-conjonctivales d'air stérilisé, insitées en pareil cas. Toutefois, les injections d'arsenic, l'alimentation carnée et le changement d'air ont entraîné une grande amélioration des lésions cornéennes

qui se trouvent réduites actuellement à un petit croissant, rappelant un fragment de gerontoxon. Quant à l'érythème, il ne dura que trois semaines.

OBSERVATION IV.

Erythème noueux, offrant une extension à localisations oculaires et périoculaires typiques.

M. P..., âgé de 45 ans, littérateur, est un tuberculeux à crachats bacillifères depuis l'âge de 22 ans. Sa mère est morte tuberculeuse. Les deux sœurs de celle-ci vivent encore, mais sont également tuberculeuses, et une de leurs filles est en ce moment atteinte de pleurésie tuberculeuse.

Grâce aux plus grandes précautions, séjour presque constant dans les pays chauds, régime et thérapeutiques sévères, le malade ne s'est que lentement affaibli et a fourni une remarquable carrière intellectuelle. Toutefois, au début d 1910, il a perdu beaucoup de terrain; le sommeil et l'appétit ont diminué, la cachexie et un état neurasthénique se sont installés et finalement une grippe en février 1911 alite pendant plusieurs mois le patient. Il est atteint, en mai 1911, de poussées récidivantes d'érythème noueux sur le corps de la face. Il nous consulte en juillet 1911 en pleine poussée faciale et oculaire. Son front et ses sourcils sont couverts de nodosités de l'érythème noueux donnant l'impression de gros grains de plomb roulant douloureusement sous le doigt. Aux deux yeux existent, à chaque côté interne de la cornée, au lieu d'élection pinguéculaire, des nodosités symétriques analogues à de grosses épisclérites, mais plus jaunâtres et moins rougeâtre que les boutons de l'érythème papuleux. Un très léger cercle vasculaire l'entoure et existe aussi du côté interne de la cornée où l'on perçoit de fines nébulosités non colorables par la fluoresceïne.

Les lésions oculaires, loin de disparaître rapidement comme dans l'érythème papuleux, ont mis plus d'un mois à s'aplatir, tandis que celles de la peau du front et des sourcils suivent une résorption plus lente encore.

Néanmoins, tout a fini par disparaître sans laisser de traces.

OBSERVATION V. (Inédite)

(Due à M. le P^r DE LAPERSONNE)

M. Leb..., 22 ans, plombier, 20-1 1913.

A. P. généraux. — Rougeole vers 6 ans. Plusieurs bronchites entre 10 et 15 ans. Depuis bonne santé.

Locaux. — O G. Conjonctivite purulente à 4 mois. Actuellement globe atrophié, douloureux.

O D. Normal jusque vers le 15 décembre 1912. A ce moment cet œil devient rouge, la vue est trouble. Pas de douleurs, pas de maux de tête. La vision diminuant chaque jour, le malade se présente à la consultation de l'H. D. le 13 janvier 1913.

Actuellement, la cornée est trouble et l'éclairage oblique montre un fin pointillé grisâtre occupant l'épaisseur même du stroma cornéen.

Injection péri-kératique intense.

Tonus normal. Légère photophobie, légères douleurs oculaires et périorbitaires.

V. compte les doigts à 0 m. 50.

21 janvier 1913, O G. énucléation.

Wassermann négatif.

Traitement H. g. — Injections intraveineuses.

23 février 1913. — Depuis quelques jours, douleurs de l'O D et teinte violacée de la portion supérieure et externe de la sclérotique. Aujourd'hui, bouton d'épisclérite à 3 ou 4 millimètres du limbe à la partie externe. Petite élévation de

coloration rouge sombre, de consistance dure, douloureuse au toucher, conjonctive mobile au dessus. Teinte violacée de la conjonctive environnante. Douleurs oculaires, surtout intenses le soir.

8 mars 1913. — La paupière supérieure présente un œdème localisé à la moitié extérieure.

Conjonctive palpébrale normale. Conjonctive bulbaire fortement congestionnée.

Sclérotique. — On note 2 foyers d'épisclérite aux 2 extrémités du diamètre transversal.

La cornée est terne, on trouve de l'injection périkératique; une vascularisation de la partie supérieure de cette membrane jusqu'à la pupille.

La pupille est un peu dilatée et irrégulière.

Les réflexes sont normaux.

La chambre antérieure est normale.

L'iris semble épaissi et terne.

Tonus normal.

Fond d'œil inéclairable.

Douleurs oculaires et périorbitaires spontanées et à la pression.

V = 0,2.

Le 9 avril 1913. — L'inflammation est étendue à tout le segment antérieur. Ectasie sclérale entourant complètement la cornée; conjonctive bulbaire très hyperhémiee; cornée trouble. Intense vascularisation de la partie supérieure. L'Iris est terne. Pas de douleurs spontanées mais légère douleur à la pression.

Acuité visuelle: compte les doigts à 0 m. 25.

Antécédents. — Père a eu la syphilis à 18 ans. Laryngite chronique non soignée.

Mère tousse très souvent.

8 enfants, dont 4 vivants et 4 morts avant 23 mois, de méningite?

OBSERVATION VI

CROSS. — (*Homœopathie eye, ear and Anoot journal*
mars 1909).

C'est une femme qui, à chaque période menstruelle, a une poussée aiguë de sclérite. Au moment de l'installation des règles et en guise de symptôme prémonitoire, cette patiente souffrait dans l'O D de phénomènes douloureux assez intenses. De plus, on notait, à la partie externe de la cornée, empiétant de 5 à 6 millimètres sur la sclérotique du côté de l'équateur, une légère élévation en nappe, de coloration rouge framboise. Les vaisseaux minuscules qui forment un réseau à la superficie, viennent brusquement se terminer au limbe cornéen et s'étendent au contraire en mailles relâchées du côté de l'équateur de l'œil. La moindre pression exacerbe la douleur déjà assez vive spontanément. Si l'on veut mobiliser la conjonctive, on y réussit facilement; l'inflammation ne dépasse pas l'épiscière. La vision est intacte, on note cependant une légère photophobie. Tant que dure le flux menstruel, la réaction reste vive, et s'atténue après la cessation des règles. Il ne persiste dans l'intervalle qu'une légère coloration rosée de la sclérotique, à peine la malade accuse-t-elle parfois quelques démangeaisons.

Infailiblement, de nouvelles règles amenaient de nouvelles poussées sclérales. On recherche vainement le rhumatisme, la syphilis. Les traitements les plus variés restent sans effet. Le salicylate de soude qui, dans des cas analogues donnent parfois des résultats, reste aussi inefficace. C'est alors qu'on pratique des injections de tuberculine; la réaction est positive. C'était une lueur pour l'étiologie et une espérance pour le traitement. De fait, on continue ces injections à doses graduées et elles amènent la guérison.

OBSERVATION VII

MM. MOUTHIER et DESCAMPS. — Sociét. d'ophtalmologie
de Paris. — 5 novembre 1907.

Jeune fille de 22 ans, soignée il y a 4 ans à l'Hôtel-Dieu. Dans le cadran supéro-externe du globe oculaire, en haut et en dehors, sur la sclérotique, on voyait une tumeur faisant relief sur le globe, non pédiculée, mais étalée et faisant corps avec la sclérotique. Pas d'ulcération de la conjonctive. Pas d'autres phénomènes oculaires. A l'ophtalmoscope, au niveau de la tumeur, on voyait une plaque de chorio-rétinite.

Traitement: Exérèse et cautérisation ignée.

Aujourd'hui, cette jeune fille se présente guérie du côté de l'œil. Au niveau de la tumeur, on peut voir seulement une tache ardoisée cicatricielle.

Pour faire le diagnostic de la nature de la lésion, il a été pratiqué des inoculations au cobaye qui ont été positives: *c'était de la tuberculose*. D'ailleurs, six mois avant l'apparition de cette tumeur, la malade avait eu une ulcération au doigt, probablement de nature tuberculeuse, qui a pu être la porte d'entrée.

Depuis il s'est produit un fait nouveau de nature à confirmer le diagnostic; elle a une paraplégie due à une fonte tuberculeuse des vertèbres dorsales.

OBSERVATION VIII

Scléro-kératite (de nature indéterminée), par JOCOS, 1905,
dans la *clinique ophtalmologique*, 25 novembre,
p. 329.

Il s'agit d'une jeune malade de 21 ans. Aspect lymphatique-hypérodispose.

Rien d'intéressant dans ses antécédents héréditaires ou personnels. Sa mère, sage femme intelligente, affirme qu'il n'y a jamais eu ni de syphilis ni de tuberculose dans la famille.

La malade a joui d'une assez bonne santé pendant son enfance, sauf des migraines fréquentes. Menstruation normale.

L'affection oculaire dont elle est atteinte, a débuté il y a trois mois environ, par une rougeur diffuse, sans gonflement, de la partie externe du bulbe droit, à partir du limbe. Pas de douleurs ni de photophobie. Quelques jours après, au niveau de cette surface rouge, à quatre ou cinq millimètres du limbe et sur le méridien horizontal, s'est montré un petit bouton du volume d'un grain de millet. L'apparition de ce bouton fut rapidement suivie de la production de tache dans la cornée, sans augmentation de la photophobie. La mère ne peut suffisamment nous renseigner sur le nombre, l'emplacement et la couleur de ces premières taches cornéennes.

Quelque temps après, apparition d'un nouveau bouton scléral à deux ou trois millimètres du premier, de même volume et sans gonflement diffus épiscclérotical. Enfin, comme à la suite du premier, nouvelle production de taches cornéennes qui viennent s'ajouter aux premières, persistantes.

Le traitement qu'a subi la malade jusqu'à présent, a consisté dans l'application de pommade jaune et d'atropine. Pas de traitement général. Il y a eu des variations dans la vascularisation périkeratique, mais les boutons scléroticaux et les taches cornéennes ne subissaient aucun changement.

L'état de la malade, vue le 23 octobre dernier, était le suivant :

L'œil gauche seul est malade. Il est nouvellement ouvert, sans photophobie.

Légère injection périkeratique de tout le pourtour au niveau de la partie externe, à partir du limbe, et allant en diminuant jusqu'à la commissure, rougeur diffuse. Traitement ordonné immédiatement. Il n'y a pas le moindre gonflement diffus épiscléral, mais à quatre ou cinq millimètres du limbe, suivant une ligne transversale, on voit deux boutons de la grosseur d'un petit grain de millet, un peu moins colorés que la conjoncture environnante, durs au toucher et absolument immobiles, faisant corps avec le sclérotique.

La cornée est le siège d'une dizaine de petites taches blanches, plus ou moins régulièrement arrondies, de 1 1/2 à 2 millimètres de diamètres, manifestement interstitielles à des profondeurs variables, mais plus rapprochés de la surface antérieure, que de la postérieure, quelques-unes se confondant avec le limbe et toutes séparées par des portions de cornée transparentes. L'épithélium cornéen est intact à leur niveau. Ces taches n'occupent que la moitié de la surface cornéenne correspondant à la lésion scléroticale.

La pupille est dilatée par l'atropine, mais irrégularisée par deux synéchies postérieures, trace d'une iritis ancienne. Parenchyme normal.

Traitement institué : externe : deux gouttes de dionine à 5 % tous les soirs et compresses chaudes ; interne : iodogénol, dix gouttes par jour pour commencer.

La malade, revue le 6 novembre, présente une amélioration.

tion manifeste; la vascularisation périkeratique est moins prononcée; mais ce qui frappe surtout, c'est que les deux boutons scléaux ont à peu près disparu; il ne reste à leur place qu'un petit point blanchâtre et légèrement ombiliqué. Il semble également que les taches cornéennes aient diminué de largeur, mais la différence est trop minime pour qu'il soit possible de l'affirmer.

Nous connaissons assez bien la scléro-kérabite rhumatismale que nous désignons sous le nom d'épislérite ou de sclérite suivant l'intensité de la lésion et la profondeur des tissus atteints.

Les taches cornéennes qui en sont les conséquences présentent un aspect particulier, au niveau de la lésion sclérale il se produit sur la cornée des taches de sclérose ordinairement limitées au bord cornéen mais se manifestant en une seule poussée, c'est-à-dire que plusieurs taches successives ne se produisent pas indépendantes de la première, s'il n'y a pas une autre attaque de sclérite.

D'ailleurs la lésion scléroticale est aussi différente. La tuméfaction épislérale est plus marquée et, même dans les cas de sclérite boutonnée, on n'a pas comme ici la limitation de la lésion à un bouton miliaire.

Stock a infecté des animaux en lançant dans la circulation sanguine une culture de bacilles de Kock. Il a produit une sclérite profonde et il montre, par des préparations microscopiques que la propagation s'est faite de la choroïde à la sclérotique, celle-ci ayant été

usée et amincie par l'infection. Nulle part on ne trouvait de tubercules typiques.

Mais il ne mentionne pas qu'il ait eu des lésions cornéennes consécutives. La conception pathogénique de tuberculose en aurait reçu un singulier appui. Il se peut que le cas sus-mentionné relève d'une tuberculose. En tout cas, ce rapport reste douteux.

CHAPITRE V

ÉPISCLÉRITE, SCLÉRITE & SYPHILIS

La syphilis, à sa période tertiaire, donne parfois des gommes de la sclérotique qui n'offrent de particulier que leur localisation. Ces gommes, ou se résorbent sous l'influence du traitement, ou évoluent vers le ramollissement et l'ulcération, rongeant plus ou moins rapidement les tissus environnants. Mais à côté de ces formes, en quelque sorte criardes, de la syphilis, on peut découvrir des atteintes plus discrètes, cliniquement impersonnelles, dont on établit l'identité indirectement, par l'investigation du passé, ou par des artifices de laboratoire. Ces sclérites syphilitiques ne se distinguent en rien des sclérites ordinaires. On trouve dans les foyers les éléments que nous offrent toutes les inflammations, mais rien d'autre. C'est une espèce de *syphilis inflammatoire* analogue à la tuberculose inflammatoire.. Il faut donc, en présence d'une sclérite quelconque dont l'étiologie n'est pas évidente,

ne pas oublier de songer à une syphilis possible, car on a vu quelquefois et souvent la sclérite être une manifestation d'une infection à spirochètes.

OBSERVATION I.

(Due à M. le P^r DE LAPERSONNE)

M. M..., 19 ans, f. Iritis, 28 décembre 1908.

O D. — Sclérite diffuse avec légère décoloration de l'iris. Conservation des mouvements pupillaires, sans myosis.

30 décembre. — Iritis séreuse O D.

Iris pâle, très paresseux, louche de la chambre antérieure. Injection périkeratique; œil mou.

9 janvier. — Iritis persiste encore.

Saillie arrondie, vascularisée, au niveau de la racine de l'iris, à la partie inférieure et externe, pénétrant dans la chambre antérieure de 2 millimètres environ.

Antécédents. — Spécificité très probable. Eruption papuleuse sur le thorax. Pas de plaques muqueuses.

Atropine. Injection intraveineuse de cyanure.

3 février. — 30 injections intraveineuses. La gomme de l'iris a rétrogradé. L'iritis persiste avec synéchies.

L'éruption secondaire est en voie de disparition. La photophobie et le larmolement diminuent.

17 mars 1909. Examen du nez, rhinite spécifique secondaire avec écoulement assez abondant.

T. normal. Pommade au calomel. Guérison.

OBSERVATION II. (Idem).

Mme N..., 34 ans. — Segmentite, ant. spécifique bilatérale.

Mme Noirat Blanche, 34 ans. — Segmentite, ant. spécifique bilatéral.

34 ans. — Ni frère ni sœur. Mariée depuis 4 ans.

Pas d'enfants ni de fausse couche.

Ant. pers. — Rhumes, bronchites, répétition, maux de gorge fréquents.

1899, — La malade reste 3 semaine à l'hôpital pour une éruption spécifique.

Traitement. — Piqûres H g et iode.

La malade sort de l'hôpital et n'a pas d'autre accident jusqu'à l'année dernière.

A ce moment, éruption de boutons sur tout le corps et sur la face. Boutons arrondis. Reste sans soins pendant 4 mois, puis va à Saint-Louis une fois par semaine où on la soigne par K I et les pilules Dupuytren.

Traitement suivi pendant 8 mois. L'éruption disparaît complètement et la malade cesse tout traitement (septembre 1908). Elle se porte bien jusqu'en avril 1909. A ce moment elle est prise de douleurs violentes dans les genoux et surtout à gauche, qui l'obligent à rester au lit pendant 2 mois chez elle.

On la transporte d'urgence à l'H. D. en juin 1909. On la traite par les bains et les douches. Elle se lève et marche au bout de 12 jours. Elle est prise de douleurs dans les membres supérieurs qui l'empêchent certains jours de se servir de ses mains.

Jeudi soir, 7 oct. 09, la malade s'aperçoit qu'elle a un brouillard devant les yeux. Le lendemain, elle va voir le D^r Aabadie.

Iritis bilatérale.

On fait un traitement par des piqûres de cyanure de Ug intraveineuses. — Guérison.

OBSERVATION III (Inédité).

Due à l'obligeance du D^r CANTONNET, ophtalmologiste des hôpitaux de Paris.

Mme M..., 50 ans, vient consulter à l'hôpital Cochin le 12 mai 1913, pour une inégalité pupillaire; elle a les yeux nus, une très mauvaise acuité visuelle de $\frac{1}{60}$ à $\frac{1}{100}$ de chaque œil.

Malgré l'anisocorie, on trouve que l'iris réagit bien à la lumière et à l'accommodation.

Les réflexes somatiques sont conservés. Pas de difficultés pour marcher, pas de vertige, pas de troubles psychiques, pas de troubles sensoriels autres que ceux qui l'amènent à la consultation. Elle ne se plaint de rien, sinon d'une baisse de la vision; et d'une inégalité, par elle constatée, des deux pupilles.

On examine la réfraction. On trouve une forte myopie supérieur à 10 D. De plus, à l'examen du fond d'œil on aperçoit un volumineux staphylome annulaire qui empiète de 5 millimètres, à l'image droite sur la rétine.

Vers l'équateur, séparées du staphylome par une zone nettement intacte, quatre ou cinq placards de choroïdite disséminée, atrophique et pigmentaire. Cette lésion n'est pas une extension du staphylome, mais quelque chose de surajouté, à évolution distincte.

Après correction, la vision est:

O D. — 0,3 avec 10 D.

O G. — 0,8 avec 11 D.

Les urines ne montrent ni sucre ni albumine.

Pas d'affection récente. On soumet la malade à un traitement mercuriel, en la priant de vouloir bien revenir. Les

lésions de la choroïdite dont plusieurs étaient en évolution lors du premier examen, s'arrêtent.

Le 7 juin. — La malade revient. Son état oculaire n'a pas changé au point de vue des membranes profondes et de la vision. Mais un nouvel incident amène la malade. Elle a remarqué sur son œil droit, assez loin du limbe cornéen, une saillie nette, adhésive à la sclérotique du volume d'une grosse tête d'épingle, qui a grossi, dit la malade, depuis 3 jours et qui depuis la veille est immobile. Cette tuméfaction est rougeâtre à la pression on la fait pâlir au centre, mais le sang afflue bientôt quand cesse la pression. La conjonctive, à son niveau, est libre. Cette masse ne marque aucune tendance à s'ulcérer. Il s'agit bien chez cette malade d'une épisclérite, et étant donné les lésions de la choroïde si manifestement influencée par le mercure et l'absence de toute autre étiologie plausible, il s'agit vraisemblablement d'une épisclérite syphilitique.

OBSERVATION IV. (Inédite)

Due à M. CANTONNET, ophtalmologiste des hôpitaux
de Paris.

Mme D..., 28 ans, entre à l'hôpital pour une éruption sur tout le corps. Cette éruption, consécutive à des maux de gorge, des céphalées à exacerbations nocturnes, nécessite son admission. Le diagnostic ferme de roséole est porté, et l'influence rapide du traitement sur cette poussée cutanée ne laisse pas de doute. Mme D... est une syphilitique à la période secondaire.

Elle s'achemine lentement, mais sûrement vers la guérison, les éléments de son éruption desquamant et il ne lui reste sur le corps que quelques taches discrètes.

Un matin, elle arrive de la consultation d'ophtalmologie, envoyée par son chef de service.

L'œil droit est rouge, douloureux; la malade ne peut pas dormir, et elle a la sensation d'une bille sous la paupière. A l'examen on constate, à la partie interne de la cornée, à 3 mm. vers l'équateur, une formation boutonneuse, largement vascularisée, reposant sur un coussinet d'œdème, qui s'étend sur la sclérotique. Des vaisseaux rampent sur cette sclérotique jusqu'à 3 mm. de la base du bouton.

Ce bouton est ferme au toucher, douloureux à la pression, immobile sur la sclérotique, mais libre sous la conjonctive. On continue le traitement mercuriel. Au bout de quinze jours, le bouton a disparu. Il ne subsiste à ce niveau qu'un épaissement de la conjonctive. Mais après une période de latence de quelques mois, nouvelle poussée au même niveau; mêmes phénomènes, même aspect, même traitement, même évolution.

OBSERVATION V

(Due au D^r CANTONNET)

Femme, 32 ans. Syphilis secondaire inavouée, prouvée par le Wassermann. Iritis torpide; puis au bout de 4 semaines environ, l'iritis étant presque guérie, poussée d'épisclérite diffuse au même œil, n'atteignant pas le limbe, forme torpide et indolore, durant 8 à 10 jours et disparaissant en même temps que la fin de l'iritis.

OBSERVATION VI

(Due au D^r CANTONNET)

Homme, 52 ans. Episclérite datant de 3 mois d'un seul œil; sa femme a fait 2 fausses couches, mais il nie la syphi-

lis. Le traitement syphilitique l'améliore. 6 mois après, il revient ; pas de récurrence d'épisclérite mais une paralysie du droit externe du même œil.

OBSERVATION VII

(Due au D^r CANTONNET)

Garçon, 9 ans. Hérédosyphilitique avoué et très net. A 2 ans, ictère prolongé avec hypertrophie grave du foie. A 9 ans, kératite interstitielle O D G qui dure environ un an.

8 mois après la fin des kératites, épisclérite diffuse avec bouton peu élevé, de l'œil droit (sans trace de kératite, elle disparaît en 3 semaines environ et, 5 semaines après sa disparition, nouvelle poussée violente, avec participation de l'iris gauche) de kératite parenchymateuse des 2 yeux.

OBSERVATION VIII

(Due au D^r CANTONNET)

Homme, 46 ans. Episclérite récente O D. Syphilis certaine, datant de 20 ans. Pupilles inégales. Celle de l'œil droit est la plus grande, irrégulières. Argyll Robertson.

CONCLUSIONS

Les conclusions qui se dégagent de ces recherches sont les suivantes :

I. — La sclérite et l'épisclérite ne sont pas des affections spécifiques dues à l'action constante d'un même micro-organisme ou d'une même intoxication.

II. — Ce sont plutôt des manifestations banales du tissu scléral aux prises avec de multiples agents nocifs. Si la symptomatologie reste toujours semblable à elle-même dans les limites qui vont des formes bénignes, fugaces, de l'épisclérite aux cas de segmentite antérieure compromettants pour la vision, l'étiologie, au contraire, est variable, puisque nous avons vu successivement la staphylococcie, la blennorrhagie, la syphilis, la tuberculose, les auto-intoxications, etc. donner naissance à des attaques de sclérite et d'épisclérite.

III. — A cette étiologie appartiennent surtout les infections chroniques, et si des pathogènes interviennent qui donnent habituellement des maladies aiguës, tels que le staphylocoque et le gonocoque, il semble

que leur virulence soit atténuée et que la sclérite ne surviennent qu'après un certain temps quand les premiers symptômes se sont apaisés.

IV. — La sclérite et l'épisclérite rhumatismales sont loin de mériter la place qu'elles occupaient autrefois, puisqu'on ne trouve pas ces affections dans la polyarthrite aiguë fébrile, (le rhumatisme articulaire aigu), et que les états rhumatoïdes ou arthritiques où on les rencontre tendent, de jour en jour, à se perdre dans le groupe des auto-intoxications alimentaires.

V. — Il en résulte la nécessité pour le spécialiste de ne pas s'en tenir à une étiologie vague, mais de chercher derrière le masque commun de ces sclérites et épisclérites la vraie cause qui les appelle. Il s'aidera pour cela de l'examen général du sujet et des ressources que le laboratoire met à sa disposition. Ainsi pourra-t-il peut-être, à des troubles si décevants pour la thérapeutique, appliquer des médications variées, adaptées, qui auront chance d'être efficaces.

Vu : *Le Doyen*,
LANDOUZY.

Vu : *Le Président*,
DE LAPERSONNE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

LAGRANGE. — Encyclopédie française d'optalmologie. T. V.
1090-1104.

CLAVELIER. — Un cas d'épisclérite compliquant un zona ophtalmique guéri par l'électrolyse (La clinique ophtal. 25 avril 1898).

COURSERAUT. — Sur un cas remarquable de sclérite rhumatismale double. Bull. de la Société fr. d'ophtalmologie p. 130 1886.

DARIER. — D'une forme particulière de sclérite boutonneuse et de son traitement. Annales d'oculistique T. CII. p. 265.

DUFOUR. — Etiologie et traitement à la sclérite (Société fr. d'ophtalmologie 9 mai, 1888.

FRIEDLAND. — Zûr pathologisch Anatomie der scléritis. Graefe's An. XLVIII. 2 p. 283.

FUCHS. — Ueber Episcléritis periodica fugax, — Graefe's. An. XLI 4. p. 229-273 1895.

GAND. — Scléro-choroidite antérieure. Syphilis et rhumatisme. Bull. de la cl. nationale des quinze-vingt n° 1 p. 44. Mars 1886.

JANSEN. — Le traitement local de la sclérite. Ar. d'ophtalmologie. Août 1900. p. 458.

KOTEMISCH. — Ueber veinen Fall von scléritis. Arch. f. Augeneilkrankh. XXVIII. I. p. 27.

LARGEAU. — De la sclérite rhumatismale diffuse. Thèse de Paris 1889 p. 219.

DANAS. — Sclero choroidite ant. double rhumatismale. Guérison par le salicylate de lithine. France médicale août 1886.

SCHUMER. — (o) De l'anatomie pathologique de la sclérite et de l'épisclérite, Graefe's. Arch. Bd. XLI. 4 p. 158-174. 1895.

SCHLODTMANN. — Ueber sulzige Infiltration der conjunctiva und sclera. Graefe, A. f. opht. Bd. XLIII 1 p. 56

ULITHOFF. — Beiträge zur pathologischen Anatomie der scléritis Graefe. Arch. XLIX 3 p. 539 1900.

ACÉNAT ET REMLINGER. — Un cas de lèpre oculaire. La Presse médicale 31 janvier 1900.

FRANK. — Anatomie pathologique de la lèpre oculaire 9^e cong. int. d'opht. à Utrecht 1899. Ann. d'oculistique T. CXXII p. 207.

JANSELME ET MORAX. — Les manifestations oculaires de la lèpre Annales d'oculistique t. CXX. nov. 1898 p. 328.

LOPEZ (de) Sur la lèpre oculaire. Recueil d'ophtalmol. 1890 p. 416.

ALT. — Gomme de la sclérotique. In. Rev. g. d'ophtal. 1893 p. 34.

DEMICHERI. — Gommès épisclérales syphilitiques. Annales d'oculistique, Oct. 1893. p. 265.

DUJARDIN. — Tumeur gommeuse de la Sclérotique. J. des Sciences méd. de Lille. Mars 1885.

FROMAGET. — Episclérite gommeuse syphilitique. Annales d'oculistique, Oct. 1893, p. 265.

PANAS. — Episclérite syphilitique. Union méd. juin 1890.

A. TERSON. — Les papules syphilitiques de la conjonctive. Gaz. méd. de Paris. 1894.

Annales d'oculistique de juin 1900.

Archives d'ophtalmologie de juin 1900.

Revue générale d'ophtalmologie de juin 1900.

TERSON. — Journal de Bruxelles. Juillet 1912.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
CHAPITRE I. Tableau clinique.....	9
CHAPITRE II. — Sclérite et rhumatisme.....	15
CHAPITRE III. — Sclérite et infections aiguës.....	29
CHAPITRE IV. — Sclérite et Tuberculose.....	43
CHAPITRE V. Sclérite et Syphilis	59
CONCLUSIONS	67

